

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909 — N° 97.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ULCÈRE PEPTIQUE DU JÉJUNUM
CONSÉCUTIF A
LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice DENOUEL

Né à Lyon, le 7 avril 1882.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ULCÈRE PEPTIQUE DU JÉJUNUM
CONSÉCUTIF A
LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909 — N° 97.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ULCÈRE PEPTIQUE DU JÉJUNUM

CONSÉCUTIF A

LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 mars 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice DENOUL

Né à Lyon, le 7 avril 1882.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx		LANNOIS.
Pathologie externe		VALLAS.
Maladies des voies urinaires		ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM.	BERARD,	agrégé
Propédeutique de gynécologie		CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.		NOVE-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative		LESIEUR,	—
Accouchements		COMMANDEUR,	—
Matière médicale		MOREAU,	—
Embryologie.		REGAUD,	—
Anatomie topographique.		PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch...
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON.	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
TIXIER.	PATEL.	VORON.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. NICOLAS, Président; M. VALLAS, Assesseur;
MM. P. COURMONT et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur NICOLAS

Professeur de clinique
à la Faculté de médecine de Lyon,
Médecin de l'Antiquaille.

AVANT-PROPOS

Parvenu à la fin de nos études médicales, nous ne pouvons nous soustraire au devoir impérieux d'exprimer à tous ceux qui se sont intéressés à nous notre très profonde reconnaissance.

Nous rendrons tout d'abord hommage à notre père dont le souvenir vivra toujours en nous et que la mort a ravi trop tôt à notre tendre affection.

Nous présenterons à notre mère l'expression de notre filial dévouement pour la complète abnégation qu'elle eut d'elle-même, afin de nous procurer les ressources nécessaires à notre instruction.

A M. le professeur Nicolas et aux membres de notre jury, nous présentons tous nos remerciements pour l'honneur qu'ils nous font de vouloir accepter de nous juger.

Nous prions M. le D^r René Leriche, qui a bien voulu nous inspirer ce travail, nous aider avec son habituelle bienveillance, de vouloir bien accepter l'expression de notre sincère gratitude.

A tous ceux enfin qui nous ont soutenu, et que la discrétion nous empêche de nommer, qu'il nous suffise de dire que nous ne saurions jamais les oublier.

INTRODUCTION

En 1884, pour la première fois, Rydygier et Monastirsky firent la gastro-entérostomie comme traitement de la sténose bénigne du pylore. Durant un espace de treize années, il sembla que l'on avait enfin trouvé le traitement curatif de l'ulcère pylorique et que le mal désormais conjuré, ne nécessitait pas la continuation de soins, cette fois non plus chirurgicaux, mais médicaux, capables de conjurer les suites plus ou moins fâcheuses d'une affection aujourd'hui reconnue excessivement trompeuse en ses complications tardives diverses. Pour la première fois, au Congrès de chirurgie tenu à Berlin, en avril 1897, Mikulicz estimait que, même après la gastro-entérostomie, la coopération de la médecine et de la chirurgie était absolument nécessaire pour éviter toute récurrence de l'ulcère rond. Depuis cette époque, on a mieux étudié la question et de nombreux travaux ont apporté sur elle la lumière. Ils ont montré que la gastro-entérostomie ne guérissait que l'élément sténose si important dans l'évolution de l'ulcère gastrique, sans faire réellement la cure de celui-ci. Peu à peu, on apprit à connaître les troubles qui persistent à l'opération et, en 1907, le Dr Denéchau, en sa thèse sur *Les suites de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère de Cruveilhier*, pouvait mon-

trer d'une façon nette et précise quels étaient les accidents à redouter et faire la synthèse du traitement médical nouveau. Parmi toutes les complications il en est une qui a attiré notre attention par son extrême gravité : c'est la formation post-opératoire d'un nouvel ulcère présentant tous les caractères de l'ulcère primitif, mais situé cette fois soit au niveau de la bouche anastomotique, soit sur l'anse anastomosée.

Il nous a été permis d'en avoir un cas en février 1908, chez un malade de 34 ans, opéré par M. le Dr Leriche chef de clinique dans le service de M. le professeur Poncet. C'est la considération de ce cas pathologique qu'il nous était permis de voir pour la première fois, qui nous a incité à rechercher dans notre thèse inaugurale les travaux jusque-là publiés sur l'*ulcère peptique du jéjunum après la gastro-entérostomie*.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En 1899, Braun, pour la première fois, signalait la présence de la formation de l'ulcère peptique après la gastro-entérostomie. C'est M. le professeur agrégé Gosset, remplaçant M. le professeur Terrier, qui, en une leçon clinique reproduite dans la *Revue de Chirurgie* de 1906, présenta toutes les observations connues jusqu'à ce jour sur le sujet. Il présenta tout d'abord celle de Braun; puis celle de Hahn, de Kaush de Breslau, de Teitz, en 1899; de Kœrte, Steinthal de Stuttgart, et encore de Kaush, en 1900. En 1901, on ne remarquait pas de nouveaux cas. En 1902, pour la première fois, la littérature chirurgicale française sortait de son silence sur ce point par l'observation de Quénu. Les années 1903, 1904, 1905, furent plus heureuses. Soit dans les Congrès de chirurgie, soit dans leurs cliniques, Kocher, Heidenhain, Gœpel, Kronlein, Hahn, Kaush, Czerny, Neuman, Mikulicz, Schloffer, de Prague, Mayo-Robson, Kaufmann, Jahr, Eiselberg, Herckel, présentèrent quelques cas. Après le mémoire important de Tiégel, élève de Mikulicz, il était permis à M. le professeur agrégé Gosset de dresser, à propos d'un cas personnel, un intéressant travail d'ensemble tablant sa statistique sur 31 observa-

tions. Nous avons recherché depuis la publication du mémoire de Gosset les nouveaux cas signalés, pour voir si de leur réunion se dégageait quelque chose de nouveau. Nous avons trouvé en la thèse de Vachez (Paris, 1907) une observation de Gosset citée déjà dans le travail précédent, quatre de Rotgans et une de M. le professeur Monprofit. A toutes ces observations, nous ajouterons un cas de M. le Dr Leriche, chef de clinique du professeur Poncet, 4 de Kronlein, publiés par Schostack (*Beiträge für klinischen Chirurgie*, 1907), 1 de Hadra (Chirurgencongress 1900), 3 de M. R. Caëkoric (*Ref. Centralb. f. Chir.*, 1903). Enfin, nous reproduisons à nouveau le cas de Schlosser, mal traduit dans les travaux français. A nos 10 observations, publiées plus loin, nous aurions été heureux d'ajouter celle de Roberts (*Medical Record*, 19 octobre 1908), Dobrotvosky (*Chirurgia*, 1908), Jansen (Hospitalstidende, août 1908) ; mais malgré tous nos efforts, il nous a été impossible de nous procurer ces différentes publications.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous donnerons en ce chapitre 10 observations non encore publiées *in extenso* par les auteurs français. De ces 10 observations, 2 l'ont été toutefois, mais seulement en partie, dans la thèse de Vachez, ce sont : la première de Kronlein, et celle de Schlosser. Nous donnerons à la suite de ces 10 cas un court résumé des 4 de Rotgans et de celui de Monprofit, qui, bien que cités par Vachez, n'ont pas paru dans le mémoire de Gosset. Nous aurons ainsi le tableau complet, du moins en ce qui a pu nous être communiqué, de tout ce qui a été rencontré de 1906 à 1909 sur la question.

A. — Observations non encore publiées.

OBSERVATION I

(Due à la bienveillance de H. René LERICHE, chef de clinique
de M. le Professeur Poncet.)

A. G., 34 ans, cultivateur, entre, au début de juin 1908, dans le service de M. le professeur Poncet, pour des troubles digestifs ayant débuté au mois de novembre précédent. Jusqu'à cette époque le malade avait eu une santé parfaite. Celle-ci fut troublée par des douleurs gastriques de plus en plus vio-

lentes, survenant après l'ingestion alimentaire. Très vives, les souffrances s'accompagnaient d'irradiations dorsales pénibles et de sensations désagréables de brûlures et de pyrosis. De temps à autre survenaient de grands vomissements aqueux abondants très acides, brûlant la gorge ; il n'y avait pas encore de vomissements alimentaires, mais ils ne tardèrent pas à paraître. Ce furent tout d'abord des vomissements quotidiens, puis bientôt des vomissements un peu espacés, renfermant des substances ingérées les jours précédents, bref, caractéristiques d'une sténose pylorique. L'amaigrissement fut bientôt considérable, le teint plombé, jaunâtre, en un mot aspect très cachectique. Ni hématurie, ni méléna. L'examen de l'abdomen révélait une très grande dilatation gastrique avec péristaltisme. Pas de tumeur. On fit donc le diagnostic de sténose, sans rien affirmer sur sa nature, à cause de la cachexie extrême du malade.

Le 16 juin, M. Leriche fait une laparotomie sus-ombilicale, sous anesthésie à l'éther. L'estomac, très dilaté, porte, dans la région du pylore, une masse indurée, cartonneuse, infiltrant les parois, avec péritonite plastique considérable, fixant le pylore au bord antérieur du foie ; il fait alors une *gastro-entérostomie postérieure* au bouton de Jaboulay. Les suites furent très simples. Au bout de six jours, l'alimentation normale fut reprise, le malade put manger de tout, il ne souffrait plus et quittait le service trois semaines plus tard, en parfait état, ayant repris ses forces et du poids. Le bouton fut éliminé au treizième jour.

Pendant les deux mois qui suivirent, l'état fut très satisfaisant, cet homme put manger à sa guise, sans vomir ; il engraisa rapidement et reprit ses occupations sans suivre aucun régime ; en septembre, les douleurs reprirent peu à peu, identiques à celles que le malade avait antérieurement, avec maximum deux à trois heures après l'ingestion alimen-

taire. Elles furent suivies bientôt de brûlure épigastrique et de douleurs dorsales. De temps à autre, le malade a des rejets de liquide brûlant, acide, qui lui cuit la gorge.

Pas d'hématémèse, ni de méléna. Les vomissements apparurent bientôt, d'abord quotidiens, puis espacés, survenant tous les trois ou quatre jours, alors très abondants. Bref, le tableau net d'une sténose très serrée, qui se confirme aisément à l'examen physique. Quand le malade revint dans le service de M. le professeur Poncet, le 17 janvier 1909, on note, en effet, à l'entrée, en dehors d'un amaigrissement notable, un estomac descendant jusqu'à l'ombilic, faisant une forte saillie sus-ombilicale ; cet estomac en tension pouvait presque être pris dans la main, tant il était saillant sous la paroi. A l'examen prolongé, on trouva du péristaltisme, du reste très douloureux. Il n'y avait pas d'adénopathie à distance, pas de tumeur, pas d'œdème des jambes. L'état général était, au reste, sensiblement meilleur qu'en juin.

Devant ces signes, on pense que le malade se fait une oblitération de sa branche de gastro. Il est probable que sous l'heureuse influence de celle-ci l'ulcère pylorique a rétrocedé ; le pylore est redevenu libre. Dès lors, l'orifice créé en juin devenant inutile, s'est oblitéré ; peu après, l'ulcère a fait une nouvelle sténose pylorique d'où les troubles actuellement constatés. L'idée de cancer ne saurait être soulevée, tant le malade est transformé.

Le 17 février, on fait un lavage d'estomac qui montre une rétention gastrique considérable ; on trouve une très grande quantité de liquide et de débris alimentaires. On distingue nettement des débris ingérés dix jours auparavant ; il faut faire passer environ 30 litres d'eau avant de voir le liquide du lavage remonter à peu près clair. On fait prendre au malade une petite quantité d'alcool, qui le remonte rapidement.

Le lendemain, 19 février, sous éthérisation, M. Leriche fait

une laparotomie sur la cicatrice ancienne d'ailleurs très solide. L'estomac n'est pas adhérent à la paroi. Sa face antérieure porte des exsudats blanchâtres, glutineux ; le péritoine est un peu œdémateux et congestionné ; bref, on a des signes nets de péritonite récente.

Il y en a surtout dans la région pylorique, qui porte aussi des adhérences gastro-hépatiques, sous lesquelles on perçoit une forte induration. L'ulcère est donc là, toujours en activité. L'estomac blafard, un peu épaissi, présente d'énormes veines presque variqueuses. L'estomac est tiré en dehors, et on vérifie l'anastomose ; celle-ci est en bonne place, très à gauche, avec une anse très courte. A son niveau, on trouve de nombreux exsudats jaunes, récents, de péritonite plastique ; au-dessous on perçoit une grosse induration, irrégulière, cartonneuse, donnant exactement l'impression d'un ulcère calleux pylorique. Cette infiltration porte à la fois sur l'estomac et sur le jéjunum ; elle est à cheval sur l'anastomose dont elle fait le tour complet.

Devant ces constatations, M. Leriche pense à un ulcère peptique, qui paraît la seule explication possible des troubles et lésions constatés, et décide de mettre l'estomac au repos absolu par une jéjunostomie ; celle-ci est faite à un travers de main de l'anastomose, suivant le procédé d'Eiselsberg-Witzel ; deux fils fixent le jéjunum canalisé au péritoine pariétal, le second passant à l'angle inférieur de la plaie ; on referme la paroi en trois plans. Le malade est laissé trente-six heures à la diète absolue, puis on lui injecte, dès le 21, quatre fois par jour, 450 grammes d'un mélange de lait, œufs et farine. A aucun moment, il n'y a de reflux, et la canalisation est parfaitement étanche. Une pareille quantité de liquide, donnant un péristaltisme intestinal douloureux, on fait le 22 précéder chaque repas à la sonde d'une injection de cinq gouttes de laudanum dans l'intestin ; le malade prend en plus deux lavements alimentaires par jour.

Au bout de huit jours, le malade se plaignant de crampes épigastriques et de ballonnement sus-ombilical qui l'ont empêché de dormir, on lui fait prendre par la bouche 18 grammes de bismuth quotidiennement. Cette médication le calme très heureusement, et il se dit très amélioré, mais demande qu'on reprenne l'alimentation buccale, qui lui avait paru si délicieuse lors de la première intervention, après des mois de souffrances.

Au douzième jour, on enlève les fils. L'état est satisfaisant. L'alimentation est faite uniquement par la bouche jéjunale et par lavement. On ne donne par la bouche que les 18 à 20 grammes de sous-nitrate de bismuth déjà prescrits.

L'état général est très satisfaisant ; le malade se lève et ne souffre plus.

Au vingt-deuxième jour, le malade se met de lui-même à prendre du lait et des œufs par la bouche. Il ne veut plus de l'alimentation par la sonde, tant il se trouve bien, et ne comprend pas qu'on veuille l'empêcher de reprendre des forces.

Au vingt-cinquième jour, le malade est radioscopé par M. Chanoz : la bouillie bismuthée paraît passer exclusivement par le pylore, et d'ailleurs assez lentement. L'estomac est moyennement dilaté. Le même jour, la sonde, mise dans le canal jéjunale, et qui n'avait pas été déplacée depuis le jour de l'opération, est enlevée. A aucun moment, il n'y a eu de reflux, la peau est sèche et nette tout autour. On décide de supprimer définitivement la bouche jéjunale. Un pansement sec est simplement mis sur la cicatrice de laparotomie.

Au vingt-septième jour, on enlève le pansement. L'oblitération est complète : il ne reste plus, au lieu de la bouche jéjunale, qu'un petit bourgeon charnu, qui est cautérisé au nitrate d'argent. Le malade se déclare très satisfait. Il mange sans souffrir et n'a plus la moindre brûlure, ni la moindre nausée. Il désire retourner chez lui, au moins pour quelque

temps. Il est bien entendu que, dans un mois, il reviendra faire juger de son état ; actuellement, l'état général est bon, bien que l'amaigrissement soit marqué. A l'examen du ventre, on ne trouve nulle induration, nul point douloureux ; une seule chose reste suspecte : dans les phases digestives, l'estomac dilate la zone sus-ombilicale et se dessine sous la paroi. Sa limite inférieure est à un travers de doigt de l'ombilic. Au reste, on ne voit, à son niveau, ni défense de la paroi, ni péristaltisme, même au moment de l'évacuation digestive qui n'est absolument pas douloureuse.

Bref, la jéjunostomie a donné un résultat excellent, du moins immédiatement. Pourtant il est à craindre qu'on ne soit obligé de faire ultérieurement une gastro-entérostomie pour guérir définitivement la sténose double (quoique incomplète), dont le malade doit être atteint.

(La suite de l'observation sera publiée par M. Leriche, dans le *Lyon Chirurgical*, en temps utile.)

OBSERVATION II

(KRONLEIN. — *Chirurgischen klinick zu Zurich*, 1907-08.)

Jacob S..., 36 ans, garçon de magasin. Entre à la clinique le 21 octobre 1906. Il a une sœur souffrant de l'estomac ; il a été bien portant jusqu'en février 1895. A cette époque, crampes d'estomac ; vomissements acides après les repas. En juin-juillet 1895, hématomèse (1 litre environ), constipation ; perte de poids 25 livres. Traitement interne suivi sans résultat.

Etat à l'entrée. — Homme petit et faible, très amaigri, du poids de 37 kilos, peu musclé. Langue chargée ; régurgitations acides. Température au-dessous de la normale. Hyperesthésie légère de la région épigastrique ; vomissements nombreux, crampes très fortes. Urines rares, constipation. Diagnostic : sténose pylorique par ulcération.

Opération. — Gastro-entérostomie antérieure selon le procédé Wolfler, par le professeur Kronlein, le 30 octobre 1895. On trouve un peu d'ascite et un estomac très dilaté. La partie intestinale du pylore est infiltrée, de même que la tête pancréatique formant une sorte de tampon arrêtant le flux alimentaire. La partie stomacale du pylore ne présente pas d'infiltration. Il s'agit donc d'un ulcère du duodénum, avec induration de la tête du pancréas. L'extirpation de la tumeur est de ce fait impossible. On arrête l'hémorragie par une ligature profonde, puis on fait la *gastro-entérostomie antérieure*. Le contenu stomacal s'écoule alors abondamment. L'opération a un résultat heureux. De temps en temps, le malade a des douleurs abdominales. Le 28 décembre 1895, le malade est guéri ; son appétit est bon ; il a repris 10 kilos.

Le malade rentre à nouveau à la clinique le 22 juin 1901. Le 28 décembre 1895, peu de temps après son départ, le patient avait ressenti des crampes après un repas composé de viandes et de fruits. En janvier 1897, douleurs brûlantes à gauche de l'ombilic, une ou deux heures après les repas. Le patient trouvait alors de lui-même une petite tumeur dans sa paroi abdominale, tumeur douloureuse à la pression. Après quelque temps, tous ces symptômes rétrocedèrent ; le malade se crut de nouveau guéri, et sa tumeur ne fut plus sensible à la pression. En hiver 1897-1898, douleurs violentes. Au printemps 1901, reprise des douleurs, brûlements jour et nuit, et à jeun. Le patient se met au régime lacté, et les douleurs diminuent. Il n'y a pas alors de vomissements, l'appétit est suffisant, mais constipation. Le 4 juin 1901, le malade fait une chute, déterminant une hernie ; telle est la cause qui l'amène à la clinique.

Etat à l'entrée (du 4 juin 1901) : toujours homme amaigri et de petite taille. Abdomen dilaté, en sa partie inférieure : on y voit nettement la cicatrice de la ligne opératoire pre-

mière. Au-dessous de l'ombilic et à gauche, on remarque une grosseur, douloureuse à la palpation et un peu adhérente à la paroi. L'estomac descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Hyperchlorhydrie. Pas d'acide lactique. A droite, hernie inguinale réductible. Diagnostic : ulcère peptique du jéjunum probable.

Opération 2° (le 6 juillet 1901, par le professeur Kronlein). — Incision sur la ligne blanche et au sommet de la tumeur. Hyperhémie très forte du muscle grand droit et du péritoine pariétal. Après ouverture de l'abdomen, on trouve de l'infiltration du muscle grand droit, et la place de la première gastro-entérostomie est unie par des exsudats au péritoine et à la paroi. Il s'agit donc d'un ulcère peptique très infiltré, menaçant d'une perforation. Après séparation des adhérences, on ouvre le jéjunum, de la largeur d'une pièce de 2 francs, au-dessous de la gastro-entérostomie première. Ligature avec un fil de soie très serré. On forme un plan séro-séreux sur l'estomac et sur l'intestin, et à l'endroit où cela était impossible, fixation à la paroi. Résultats heureux, vomissements fréquents, puis écoulement stomacal normal, et le 11 août 1901, le patient partit guéri.

Entrée, pour la troisième fois, le 26 juillet 1905. Depuis le départ, en 1901, le patient se portait assez bien, quand des crampes le reprirent une ou deux heures après le repas. Fin 1902, hématemèse (1/2 litre). Brûlements stomacaux intenses. Après quatre semaines de traitement, amélioration, puis, de nouveau, vomissements composés de débris alimentaires. Fatigue, maux de tête. Malgré tous ces symptômes, le patient travailla encore jusqu'au 24 juillet 1905. Dans la nuit du 24 au 25 juillet 1905, vomissements répétés, douleurs dorsales, violente insomnie.

Etat à l'entrée le 25 juillet 1905 : Teint mauvais, amaigrissement considérable, poids 40 kilos, température au-dessous

de la normale, délire, insomnie, langue rôtie, abdomen non dilaté. Légère surélévation de la paroi dans le voisinage de l'ombilic. Péristaltisme et clapotage, mais pas de tumeur. Le matin à jeun, on retire beaucoup de débris alimentaires. Vomissements, constipation, phosphates dans les urines. Lavement. L'injection sous-cutanée d'huile stérilisée et de sérum rend un peu de force au malade.

Opération le 10 août 1905 (par le D^r Monnier). Gastro-entérostomie postérieure. Entéro-anastomose entre la branche ascendante et descendante. Incision médiane du milieu de l'épigastre, à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic. Très fortes adhérences entre l'estomac l'intestin et le péritoine pariétal, pas d'ulcère peptique, bien que la gastro-entérostomie précédente soit enveloppée dans des adhérences. La première gastro-entérostomie est complètement oblitérée. Estomac très dilaté. On fait une *gastro-entérostomie postérieure*, suivant le procédé von Hacker. On anastomose l'estomac et la branche descendante de la première gastro-entérostomie, puis, selon la méthode de Braun, on unit la branche ascendante et la branche descendante.

Opération difficile, mais donnant de bons résultats, malgré les nombreuses adhérences. Guérison. Du 20 au 23 septembre 1905, crampes, palper douloureux, améliorés par le lavage. Le 9 octobre, le malade part guéri, plus de vomissements, reprise de poids 13 kilos. Le 20 décembre, le malade est très bien portant, nouvelle reprise de poids de 24 livres. Son teint est bon. Après un repas d'épreuve, on note : hyperchlorhydrie, mais pas d'acide lactique, pas de résistance à la palpation abdominale, pas de douleurs à la pression stomacale, peu de dilatation. Il n'y a certainement pas de récurrence d'ulcère à redouter.

OBSERVATION III

(Due à SCHOSTACK.)

N... J., 70 ans. Souffrait d'un rétrécissement de l'orifice pylorique, qui amena une sténose complète. Le malade résolut alors de se soumettre à l'opération qu'on lui avait proposée.

En mars 1901, gastro-entérostomie antérieure antécolique.

L'opération n'eut pas de suites fâcheuses.

Un an plus tard, douleurs dans le voisinage de la vésicule biliaire, qui firent penser à un calcul.

Les douleurs se continuèrent pendant une période d'un mois. En juillet 1902, on pouvait sentir à gauche, du milieu de la cicatrice opératoire, un gâteau infiltré d'une certaine étendue, semblant adhérent à la paroi. A cet endroit, la palpation était douloureuse. Sous l'influence du traitement (bismuth, diète lactée, repos), le malade alla bientôt mieux, et la tumeur diminua progressivement. Le malade vit encore, mais n'a pas ressenti de douleurs stomacales.

OBSERVATIONS IV, V, VI

(Hr CÆKORIC, *Ref. centralbl. f. chir.*, 1909.)

Dans deux cas, après *gastro-entérostomie antécolique*, il y eut formation d'un ulcère peptique.

Dans le premier cas, les symptômes de l'ulcère rond réapparurent huit mois après l'opération, et le treizième mois, on dut exciser un ulcère situé au lieu de la gastro-entérostomie.

Dans le second cas, après seize jours, nouvelle laparotomie pour *circulus viciosus* et ligature d'une perforation située au-dessous de la gastro-entérostomie.

Dans un troisième cas, après une *gastro-entérostomie rétro-colique*, il y eut formation de quatre nouveaux ulcères, qui aboutirent à une perforation intra-péritonéale.

OBSERVATION VII

(HADRA. — *Chirurgenkongress*, 1900.)

Un jeune homme subit le 1^{er} juin 1899 une *gastro-entérostomie antérieure*, pour sténose pylorique. Il guérit complètement dans la suite. Reprise de poids : 20 livres ; pendant six mois, pas de douleurs. En novembre 1899, le malade rentre de nouveau à l'hôpital pour des douleurs stomacales. A l'ombilic, gâteau infiltré d'un travers de main. Incision de forme ampulaire, qui montre une perforation, que l'on ferme. Les douleurs disparurent après la fermeture et la cicatrisation. Il est fort possible que l'ulcère récidive. Il s'agit indubitablement d'un ulcère peptique.

OBSERVATION VIII (1)

(SCHLOFFER. — *Wiener Klin. Wechensehr*, 1903.)

Il s'agit d'une femme à laquelle, en deux ans et demi, on dut faire cinq laparotomies. A l'occasion d'un ulcère pylorique, elle subit la *gastro-entérostomie*. Nouvelle *gastro-entérostomie* après formation d'un ulcère peptique, puis, après une seconde récidive de l'ulcère peptique, troisième opération. Il s'agissait chaque fois d'un ulcère considérable, qui nécessita fatalement une *jéjunostomie*.

OBSERVATION IX

(Due à KRONLEIN.)

Henri M..., 22 ans. Entré à la Clinique, le 19 mai 1906. Le malade, durant l'hiver 1902-1903, était entré à l'hôpital pour

(1) Déjà citée, mais d'une façon très incomplète, dans la thèse de Vacher.

sténose pylorique, provenant d'un ulcère dont le début remontait à cinq ans.

En mars 1903, la *gastro-entérostomie antérieure antécولية*, reconnue par tous nécessaire, fut faite, et en dépit de ses habituels périls, eut une suite heureuse.

Le malade resta environ un an sans trop de souffrances, eut une reprise de poids de 40 livres. En 1904, il ressentit de nouveau des douleurs abdominales, douleurs que les médecins regardèrent comme le fait d'une péritonite d'intensité variable. Le siège des douleurs, localisé à gauche de l'ombilic, était toujours le même. En automne 1904, le malade se trouva de lui-même, toujours à gauche de l'ombilic, une tumeur d'une certaine consistance.

Le 2 mars 1905, le patient fut obligé de rentrer à l'hôpital. On constatait alors à gauche de la ligne blanche une tumeur légèrement indurée, dont la position paraissait varier avec les mouvements thoraciques, et il y avait, en même temps, de la douleur.

Sous l'influence de la diète, les douleurs diminuèrent, et comme le 16 mars, M... sembla guéri de nouveau. Revenu chez lui, reprise des douleurs dorsales, à tel point que, le 25 mars, le patient fut obligé de revenir à l'hôpital. Le régime donna encore une fois un mieux relatif. Le lavage de l'estomac n'était plus à faire, et la tumeur abdominale, examinée avec attention, était, dans son ensemble, mieux circonscrite et de consistance plus ferme.

Le médecin de l'hôpital (D^r Aeppli), dans l'espoir d'une laparotomie probable, l'envoya à la Clinique de Chirurgie de Zurich.

Etat du malade à l'entrée à la Clinique : Jeune homme de corpulence moyenne, faible d'apparence, et du poids de 59 kilos, langue chargée, abdomen dilaté au-dessus de l'ombilic. Au creux épigastrique on remarque une ligne opéra-

toire ; à deux travers de doigt à gauche du creux épigastrique, on perçoit, par la palpation, une tumeur de grosseur difficile à estimer, très résistante et paraissant adhérente à la paroi. L'ulcère n'est pas facilement mobilisable et donne autour de lui du tympanisme. Gros clapotage. Estomac très dilaté. La partie de la paroi située en avant de lui, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, est surélevée ; il descend à un travers de doigt de l'ombilic.

Le malade fut examiné pendant trois semaines, on nota : l'insuffisance de la motricité stomacale, son manque d'évacuation le matin à jeun ; il y avait peu d'hyperchlorhydrie.

Après un repas d'épreuve : hyperchlorhydrie, puis, après lavage, le malade ressent des douleurs à gauche de l'ombilic avec maximum au siège de la douleur, et s'étendant à la région dorsale gauche. Ces douleurs sont si vives que le malade renonce de lui-même à s'étendre sur l'abdomen. Les douleurs disparaissent peu à peu et sont toujours calmées par un repas. Diagnostic : *Ulcère peptique du jéjunum avec adhérences à la paroi.*

Opération, le 11 juin 1905 (par le professeur Kronlein). — Incision abdominale suivant la ligne médiane, s'étendant du milieu de l'épigastre à un travers de main au-dessous de l'ombilic. L'estomac présente sur la ligne blanche des adhérences. Large et dilaté, il est placé devant et ne se laisse pas complètement tirer au dehors, adhérent qu'il est à la paroi, sur une longueur de main, à gauche de l'ombilic. Pour ne pas être obligé d'opérer dans la profondeur, on branche sur l'incision verticale une incision horizontale de 0,08 de long vers la gauche et prenant son point d'origine au-dessous de l'ombilic. Mobilisation de l'estomac ; on trouve une perforation de la dimension d'une pièce de 2 francs sur la circonférence supérieure de l'anastomose. La perforation semble également toucher l'estomac et l'intestin. L'ulcère a pour sommet le

muscle grand droit, dans l'épaisseur duquel il s'infiltré ; on ferme la perforation au moyen d'une suture verticale, puis on établit un plan séro-séreux. Pour plus de sûreté, on fixe sur le territoire opératoire un gros fil. Finalement, anastomose de la branche ascendante et de la branche descendante du jéjunum. Opération difficile, mais pleine de succès.

Le 10 juillet 1905, le patient partit guéri. Poids, 62 kilos. Pas de douleurs stomacales. Détails rétrospectifs :

10 janvier 1906. — Bonne santé, pas de douleurs, le malade mange de tout, ses sellés sont régulières. Son abdomen souple, la ligne opératoire est très bien cicatrisée. Clapotage.

Décembre 1906. — Toujours en bonne santé, le malade se livre quotidiennement à un travail pénible.

OBSERVATION X

(Due à SEHOSTACK.)

Une jeune fille originaire d'Obstald, âgée de 18 ans environ, était frappée, en automne 1880, d'une appendicite. De février à mai 1881, et plus tard, de mai à juillet 1888, elle fut si gravement atteinte de la même affection, qu'elle fut abandonnée des médecins.

Depuis 1888, elle n'alla jamais bien du côté de son appareil digestif. En 1897, elle vint à l'hôpital de Glarner pour un abcès de la région gastrique. On fit une incision, à la suite de laquelle il se forma une fistule d'où il s'écoulait beaucoup de pus. La même année, on essaye de fermer la fistule. En 1898, nouvelle incision, nouvelle fermeture par étages. Chaque fois résultats incomplets, chaque fois formation d'une fistule de plus en plus petite. En 1899, la malade se rendit à Zurich et fut opérée à l'Asile de Neumuster par le Dr F. Brunner. Le chirurgien tenta de fermer la fistule par une laparotomie, mais il ne put y réussir, vu les nombreuses

adhérences. Il semblait que l'on avait affaire à une fistule duodénale.

Comme la malade revenait en septembre 1899 à l'hôpital de Glärner, on constatait une grosse fistule au-dessus de laquelle l'existence d'une petite fistule duodénale, empêchant la guérison de la grosse qui conduisait dans le côlon ascendant.

Pour régulariser le tout, le 26 septembre 1899, on fit une *gastro-entérostomie antérieure*. La malade se leva pour la première fois en février 1900. La fistule abdominale existait toujours. Le 15 février 1900, laparotomie, ligature du pylore. Le 22 mars, fermeture par étage de la fistule duodénale. Guérison. Puis vint la fermeture de la grosse fistule du côlon ascendant, qui fut maintenue d'abord au moyen de l'entérotome de Dupuytren, puis faite par étages, le 23 novembre de la même année. Depuis longtemps déjà la malade ressentait des douleurs dans le voisinage de la gastro-entérostomie ; déjà cinq semaines après l'opération de septembre, ces douleurs avaient été si vives, que malgré l'emploi du sous-nitrate de bismuth, la morphine fut nécessaire. Le 18 juin 1901, la malade rentrait de nouveau à l'hôpital ; à ce moment elle ne pouvait plus vivre sans morphine ; par la palpation, on percevait à gauche, dans le voisinage de l'ombilic, une infiltration de la paroi. Le 11 juillet 1901, excision de l'ulcère qui touchait à la paroi l'estomac, à la branche ascendante de l'intestin et à sa branche descendante, au niveau de la gastro-entérostomie. Dans la suite, amélioration, mais toujours persistance des douleurs.

Le 6 janvier 1902, nouvelle rentrée à l'hôpital ; de nouveau, tumeur perceptible à la palpation. Le 13 janvier, extirpation d'un ulcère qui se trouvait encore au lieu de la gastro-entérostomie. Fermeture de l'ouverture stomacale et nouvel abouchement de l'intestin, diminution des douleurs et départ

de la malade, le 22 février 1902. Des douleurs, mais plutôt d'un caractère nerveux, réapparaissent dans la suite.

En janvier 1904, la malade, que l'on était parvenu à déshabituer de la morphine, était vigoureuse et en bonne santé, il lui reste cependant quelques douleurs à droite de l'abdomen, et dans le voisinage du lieu où était la fistule, une grosseur d'un travers de main.

B. — Résumé des observations déjà parues dans la thèse de Vacher, mais non publiées dans le mémoire de Gosset.

OBSERVATION I

(Due au professeur ROTGANS.)

B..., tailleur de diamants, 46 ans, opéré en 1897 pour sténose du pylore (gastro-entérostomie antérieure, antécولية antérieure, par le professeur Korternef).

Rechute en octobre 1906.

2 février 1907. — Extirpation d'un ulcère peptique siégeant à l'anse efférente de l'anastomose. Opération pleine de succès.

10 mars 1907. — La fonction motrice de l'estomac est rétablie ; l'opéré se trouve très bien et s'alimente bien.

OBSERVATION II

(Due au professeur ROTGANS.)

W..., tailleur, 36 ans, subit le 2 août 1903 la gastro-entérostomie antérieure antécولية avec succès.

21 octobre 1905. — Extirpation d'un ulcère calleux de l'estomac perforé dans le foie.

27 juillet 1906. — Extirpation d'un ulcère peptique siégeant juste au niveau de l'anastomose.

10 mars 1907. — Troisième récurrence de l'ulcère;

OBSERVATION III

(Due au professeur ROTGANS.)

B..., ébéniste, buveur, subit la gastro-entérostomie antérieure en Y antécolique, le 9 octobre 1902. Guérison.

12 décembre 1902. — Excision de l'ulcère pylorique.

5 mai 1903. — Excision d'un ulcère peptique siégeant dans l'anse efférente de la gastro-entérostomie. Guérison complète.

OBSERVATION IV

(Due au professeur ROTGANS.)

B... M., couturière, 52 ans.

14 mars 1905. — Subit la gastro-entérostomie antérieure en Y antécolique pour ulcère de l'estomac. Suites normales.

25 février 1906. — Laparotomie : on découvre une tumeur au niveau de l'anastomose. Extirpation de la tumeur.

En février 1907, les troubles gastriques persistent.

OBSERVATION V

(Due au professeur MONPROFIT.)

N... C., 40 ans, subit le 20 mai 1904 la gastro-entérostomie en Y.

Le 10 novembre 1904, nouvelle laparotomie, on découvre un nouvel ulcère infiltré à la paroi siégeant à 0,01 ou 0,02 de l'anastomose. Suites opératoires normales.

En janvier 1907. — Le malade revu se trouve bien, ne se plaint que de quelques douleurs de l'estomac, éloignées et en tout cas légères.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

L'ulcère peptique du jéjunum est relativement rare. De tous les ulcères du tube digestif, celui du pylore est le plus fréquent, puis vient celui du duodénum et enfin du jéjunum consécutif à la gastro-entérostomie. Nous avons consulté plusieurs statistiques de gastro-entérostomie pour sténose pylorique par ulcération. Mayer, de Stuttgart (*Beiträge für klinischen Chirurgie*), signale, sur 45 malades gastro-entérostomisés, dont 36 revus après plusieurs années, 18 malades guéris complètement, 10 obligés au régime, 2 présentant des accidents douloureux et dyspeptiques. Deaver (in *Annals of Surgery*, 1908), sur 37 cas remarqués, présente 25 guérisons, 6 améliorations, 4 morts, mais, comme Mayer, ne fait mention d'aucun ulcère peptique. Moynihan (in *British medical Journal*, 1908), sur 203 survivants, déclare que 15 n'ont pas été améliorés ou peu par la gastro-entérostomie, que 8 ont succombé dans la suite, que 14 n'ont pu être retrouvés, mais on ne remarque pas d'ulcères peptiques, et il en est de même dans la statistique de Stampf (in *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1908), sur 20 cas opérés par Hofmeister. Dans la littérature médicale française, depuis le fait de Quénu et celui de Gosset, nous n'avons

trouvé que celui signalé dans la thèse de Vachez (Paris, 1907), et opéré par le professeur Monprofit, d'Angers. Depuis ce moment, il nous faut aller jusqu'au cas du malade opéré en février 1909 par M. René Leriche, dans le service du professeur Poncet, pour trouver un exemple d'ulcère peptique du jéjunum. Il semble que ce cas soit le premier observé à Lyon. C'est le seul fait que nous ayons trouvé sur 52 gastro-entérostomies pour ulcère faites dans le service de M. le professeur Poncet depuis 1902.

MM. Delore, Bérard, Tixier, et d'autres chirurgiens n'en ont jamais constaté sur un grand nombre de gastro-entérostomies pratiquées par eux.

Comme on le voit, si l'on faisait abstraction de formes latentes certainement existantes et améliorées ou même complètement guéries par le régime ou le traitement médical de l'ulcère, la fréquence de l'ulcère peptique du jéjunum serait relativement très rare.

Si, comme nous le croyons et l'exposerons dans le chapitre de la pathogénie, les ulcères du jéjunum se comportent exactement en leur marche clinique et leur symptomatologie comme ceux du pylore, rien d'étonnant que, comme eux, ils présentent des formes bénignes ou latentes qu'un simple traitement peut améliorer, même guérir complètement. Ces formes passent inaperçues, ne pouvant être constatées par l'opération. C'est pour cette raison que, sur les 76 observations signalées par Dénéchau dans sa thèse (Paris, 1907), sur *les suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie*, on peut se demander si un certain nombre de malades, surtout parmi ceux présentant des troubles dyspeptiques quelque temps après avoir subi la gastro-entérostomie, ne les devaient pas à

la formation d'un ulcère peptique guéri par un traitement médical approprié.

L'âge où l'ulcère peptique est le plus fréquent est compris entre 30 et 50 ans, mais il a été rencontré à toutes les époques de la vie sauf peut-être dans l'adolescence et dans l'extrême vieillesse. La statistique suivante de Gosset, faite sur 21 cas, nous montre l'époque de la vie où cette affection a été rencontrée :

à 4 mois	1 fois
de 20 à 30 ans.....	5 —
de 30 à 40 ans.....	6 —
de 40 à 50 ans.....	6 —
à plus de 50 ans.....	3 —

Sur les 14 observations, en comprenant bien entendu celles déjà citées par Vachez, mais non extraites du mémoire de Gosset, nous trouvons dans celles où l'âge du malade est indiqué la formation d'un ulcère peptique :

de 20 à 30 ans.....	2 fois
de 30 à 40 ans.....	5 —
de 40 à 50 ans.....	1 —
à plus de 50 ans.....	1 —

Au point de vue du sexe, l'ulcère peptique du jéjunum n'est pas, contrairement à ce qui arrive dans l'ulcère du duodénum et de l'estomac, plus fréquent dans le sexe féminin. Tout au contraire, Gosset ne signale que 2 femmes, et nous-même nous ne pouvons en signaler que 3, ce qui ferait en tout 5 femmes sur 44 cas observés. Il faut voir certainement dans cela le fait que la femme, moins exposée que l'homme aux excès de tous genres, suit peut-être avec plus de soin le régime auquel on l'a soumise:

Le procédé opératoire employé pour la gastro-entérostomie n'influence en rien la formation future d'un ulcère peptique. On a dit que cette néo-formation était plus fréquente après une gastro-entérostomie antérieure.

Il ne faut pas voir le fait de l'opération elle-même, mais le résultat de ce que l'Allemagne, où l'on a signalé le plus grand nombre d'ulcères peptiques, est aussi le pays où ce mode opératoire est le plus employé.

Sur 27 cas présentés par Gosset, 15 fois la gastro-entérostomie antérieure a été pratiquée, 4 fois le même mode avec entéro-anastomose, 1 fois l'Y, 6 fois la gastro-entéro-anastomose rétro-colique postérieure, 1 fois cette dernière opération avec entéro-anastomose.

Dans nos observations, nous relevons 9 gastro-entérostomies antérieures, 3 Y, 2 gastro-entérostomies postérieures rétro-coliques.

L'apparition de l'ulcère peptique peut se faire de dix jours à plusieurs années après l'opération. Gosset, au mémoire duquel nous empruntons encore cette statistique, l'a vu apparaître :

10 jours après	1 fois
de 2 à 6 mois après	4 —
de 6 à 12 mois après	3 —
de 1 à 2 ans après	9 —
de 2 à 3 ans après	1 —
de 3 à 4 ans après	7 —
de 4 à 5 ans après	1 —
après 7 ans	1 —

Dans nos observations, nous relevons cette affection :

16 jours après l'opération	1 fois
4 à 6 mois après l'opération	2 —

6 à 12 mois après l'opération	3 fois
1 à 2 ans après l'opération	4 —
2 à 3 ans après l'opération	2 —
6 ans après l'opération	1 —
9 ans après l'opération	1 —

L'ulcère peptique du jéjunum peut être situé dans toutes les parties de la gastro-entéro-anastomose, mais sa place la plus fréquente est ordinairement le point de l'anastomose qui, se comportant comme un pylore, semble en partager tous les attributs.

Ce qui semble dominer l'étiologie complète de cette affection, c'est le régime. Il semble que l'opération, n'agissant que comme traitement curatif de la sténose, servant à permettre le libre cours des aliments vers l'intestin, n'a pas dominé la cause première et essentielle de l'affection, que le processus, bien qu'arrêté en vue de ses effets par trop désastreux, n'a pas par le fait même diminué d'intensité et que seul le traitement médical véritablement curatif de l'ulcère peut le guérir ou tout au moins diminuer les chances de récurrence. Tous les auteurs, ont, avec Dénéchau, Monprofit, Gosset, Mikulicz, Schostack, préconisé sa nécessité, car il semble, de tous les faits observés, que de son application plus ou moins stricte dépend seule la possibilité de la formation post-opératoire d'un ulcère peptique.

Signalons enfin que l'ulcère peptique du jéjunum peut récidiver, comme le prouve le cas de la malade de Schloffer, dont nous avons reproduit l'observation au chapitre précédent.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Quelle est, au point de vue pathogénique la nature de l'ulcère peptique du jéjunum ? Jusqu'à ce jour on s'est contenté de lui tracer la même pathogénie que celle de l'ulcère du pylore. Vachez, en sa thèse, passe en revue les différentes théories émises sur ce sujet. Tout d'abord il signale la théorie de Virchow sur la thrombose et l'embolie artérielle causes de l'ulcère, puis la théorie névro-trophique de Gilles de la Tourette, enfin la théorie microbienne. On pourrait ajouter à toutes ces théories celle de Pavy, qui reconnaît l'alcalinité du sang, comme raison *sine qua non*; celle de Laveran qui remonte à un processus de gastrite interstitielle. Seule de toutes les pathogénies, celle qui admet comme cause de l'ulcère l'hypersécrétion gastrique avec hyperchlorhydrie semble avoir survécu; mais, là encore, n'a-t-on pas pris l'effet pour la cause ; c'est ce que sembleraient démontrer les travaux de Borzéky, de Budapest (in *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1908). Cet auteur, pour produire des ulcères peptiques post-opératoires, fit ingérer tous les jours à des chiens gastro-entérostomisés, la valeur de deux cuillerées à café d'acide chlorhydrique. Sur 12 expériences, il y eut 1 seul résultat positif; un des chiens

mourut de péritonite par perforation d'un ulcère peptique situé à 3 centimètres de l'anastomose, sur la branche descendante de l'anse jéjunale anastomosée. Borzéky conclut qu'il y a des facteurs multiples que nous ignorons complètement et que dans la production des ulcères peptiques post-opératoires l'hyperchlorhydrie seule ne suffit pas.

Quelle que soit la théorie admise pour la pathogénie de l'ulcère gastrique ou intestinal, expliquons maintenant comment l'ulcère peptique du jéjunum suit, en tous points, une marche semblable, soit à celle de celui du pylore quand il se forme à l'abouchement de la gastro-entéro-anastomose, soit à celle de celui du duodénum quand il a pour siège ou la branche ascendante ou la branche descendante de l'intestin grêle anastomosé.

Nous croyons qu'il faut chercher cette explication dans les transformations que subit la zone anastomosée après la gastro-entérostomie. En effet, après l'anastomose, la zone gastrique subit une adaptation morphologique à son nouvel état; elle prend peu à peu les caractères de la zone pylorique comme l'a bien montré Cade dans sa thèse (Lyon, 1899-1900).

Cet auteur admet, après des expériences personnelles sur un chat et un chien préalablement gastro-entérostomisés et sacrifiés par lui, que l'on peut résumer de la façon suivante les modifications subies par la muqueuse gastrique dans le voisinage de la gastro-entéro-anastomose :

1° Les entonnoirs glandulaires deviennent profonds, larges, sinueux, autant et même plus que ceux des glandes pyloriques normales.

2° Les glandes sont très modifiées; elles sont devenues sinueuses, à trajet irrégulier, leur lumière est large avec des renflements moniliformes. Au niveau du nouveau pylore, elles ne contiennent plus qu'une seule espèce de cellules. Ce sont des éléments cylindriques ou cubiques, clairs, dont le noyau chiffonné et peu coloré occupe la région basale. La partie supra-nucléaire du protoplasma a une structure alvéolaire. Il n'y a pas d'ergastoplasme.

A mesure qu'on s'éloigne du néo-pylore, on passe par transitions graduelles, des glandes très modifiées que nous venons de voir aux glandes ordinaires du fond. Ce remaniement du type glandulaire s'effectue par la disparition de cellules de revêtement et la transformation des cellules principales du fond, qui perdent leur structure d'éléments différenciés séro-zymogènes, pour devenir analogues à des éléments mucipares.

Ces conclusions sont intéressantes à plusieurs points de vue, tant généraux que particuliers.

L'observation des modifications présentées par la muqueuse de la région du fond au voisinage d'une anastomose gastro-intestinale constitue un exemple remarquable de flexion morphologique, d'adaptation d'un organe ou d'une portion d'organe à de nouvelles conditions de fonctionnement.

Les expériences de Cade tendant à admettre la transformation de la constitution histologique de la gastro-entéro-anastomose jusqu'à devenir en tous points semblable à celle du pylore, nous permettent, je crois, d'être tout aussi affirmatif pour dire que l'existence de la possibilité d'un nouvel ulcère en cet endroit en découle, puisque nous n'avons plus affaire à une partie du fond de

l'estomac, mais à un nouvel orifice d'évacuation en sa composition intime, probablement identique à l'orifice naturel. Ici encore, les conditions anatomiques étant les mêmes, les mêmes causes produisent les mêmes effets, de là, tendance en ce point à la formation d'ulcères, et ceci d'autant plus aisément, que l'anastomose ne supprime pas la cause, encore inconnue, qui a produit le premier ulcère.

Nous avons donc maintenant l'explication de la formation possible d'ulcères au niveau de la gastro-entérostomie; mais, d'après les observations déjà publiées, ce n'est point là toujours le siège constant de ces néo-productions. Quelquefois l'ulcère peptique apparaît à 1 ou 2 centimètres de l'anastomose, soit sur sa branche ascendante, ce qui est, je crois, le plus fréquent, soit sur sa branche descendante. Comment en donner la raison ? Rien ne nous semble plus simple à comprendre : le jéjunum, en sa partie abouchée à l'estomac, n'agit plus en tant qu'organe propre. Il devient, pour le malade qui a subi la gastro-entérostomie, de quelque modalité qu'elle soit, un nouveau duodénum. L'ulcère du duodénum, décrit depuis Klings (de Wurtzbourg), est aujourd'hui bien connu.

Il nous semble que ce que l'on a dit de lui peut se rapporter à l'ulcère né soit sur la branche ascendante, soit sur la branche descendante du jéjunum d'un gastro-entérostomisé. La fréquence des lésions gastriques, le siège juxta-néo-pylorique de l'ulcère, par conséquent en contact direct avec l'estomac, laissent supposer qu'il reconnaît une pathogénie identique à celle de l'ulcère de l'estomac, à savoir l'hyperchlorhydrie, cause la plus généralement

admise. Si, chez ce même ulcère on a invoqué comme causes les traumatismes, les infections, les embolies, les intoxications, elles n'agissent qu'en produisant des ulcérations que l'hyperacidité empêchera de se cicatriser ou transformera en ulcère. On peut ajouter aux considérations pathogéniques générales tendant à assimiler l'ulcère peptique du jéjunum à l'ulcère du pylore et du duodénum, deux facteurs rencontrés et signalés par Gosset, facteurs que nous-même rencontrons dans un certain nombre de nos observations : l'existence concomitante à la néo-formation d'une grande dilatation stomacale et d'une sténose pylorique très serrée.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE, DIAGNOSTIC, PRONOSTIC

L'ulcère du jéjunum, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, reconnaît la même étiologie, la même pathogénie que les autres ulcères du tube digestif. Comme eux aussi, nous nous croyons permis de l'affirmer, il présente les mêmes formes cliniques. Tiegel, à la description duquel Gosset se rapportait, en reconnaissait deux formes : l'une qu'il appelait latente et aboutissait à la péritonite soudaine, sans autres prodromes préalables de perforation; l'autre, au contraire, forme chronique et adhésive, chez qui, comme le dit Vachez, la perforation n'est que secondaire, précédée qu'elle est par la formation d'adhérences protectrices, et où, si l'ulcère n'a révélé jusque-là sa présence que par des symptômes fugaces, le doute sur son existence n'est plus permis le jour où apparaissent les phénomènes de réaction plastique qui l'accompagnent.

Laissant de côté les formes cliniques décrites par les auteurs précédents, nous croyons plus juste de considérer à l'ulcère peptique du jéjunum la même symptomatologie que celle de l'ulcère du pylore, auquel nous tendons à l'identifier.

1° Comme lui, il peut être *latent*, passer pour ainsi dire inaperçu, ne présenter que des symptômes peu précis, difficiles à définir, se rapportant aussi bien à une simple maladie de Reichmann, à une simple hyperchlorhydrie dont la cause échappe. Tout au contraire, il peut oblitérer la nouvelle voie par laquelle devaient s'écouler les aliments et déterminer des accidents identiques à ceux de la sténose pylorique. Il peut enfin perforer un organe ou plutôt un viscère jusque-là sain, ou bien s'ouvrir dans le péritoine. De là deux types : tumeurs avec inflammation de la paroi, et tumeurs avec perforation d'un viscère, le côlon plus généralement.

Si nous considérons la thèse de Dénéchau, comme nous l'avons dit précédemment, nous sommes étonné de voir combien de fois la gastro-entérostomie a été suivie d'accidents hyperpeptiques, et nous croyons que, sur les 76 cas cités par lui, quelques cas d'ulcères peptiques ont passé inaperçus. Si nous considérons notre observation II, due à Kronlein, nous remarquons que, par deux fois, sous l'influence du régime approprié, le malade vit rétrocéder son ulcère peptique et les accidents dyspeptiques diminuer.

Pourquoi dès lors ne pas supposer que chez certains sujets cette même influence du traitement médical, suivi d'une façon continue et raisonnée, n'aurait pas amené la rétrocession d'un ulcère peptique du jéjunum néoformé, suivant ici la même marche que certains ulcères du pylore guéris sans intervention chirurgicale.

C'est cette forme que nous appellerons la forme bénigne. Ce sont généralement des malades gastro-entérostomisés depuis un temps plus ou moins long, ayant

laissé de côté les soins nécessaires pour les mettre à l'abri de toute nouvelle atteinte, qui voient successivement leur digestion se faire plus lentement: Ils ont des régurgitations acides, quelquefois des vomissements, plus rarement des hématemèses; ils ressentent des douleurs en broche du même caractère que celles si bien définies par Dieulafoy, dans l'ulcère pylorique.

Ces douleurs présentent quelquefois ce seul caractère particulier d'avoir, en avant, comme localisation, un point situé plus à gauche de l'appendice xiphoïde, en arrière, d'avoir pour répercussion la partie gauche du dos au lieu de la colonne vertébrale.

Devant l'apparition de ces symptômes dyspeptiques plus ou moins intenses, la plupart des malades constatant une réapparition de ceux qui les avaient conduits à subir la gastro-entérostomie reviennent au traitement médical qui les avait soulagés pendant un temps plus ou moins long. Ce traitement, suivi cette fois avec beaucoup de soin, amène la guérison sans qu'aucune intervention n'ait permis de constater la néo-formation jéjunale.

2° L'ulcère peptique du jéjunum, tout en présentant les caractères de notre forme bénigne, peut arriver jusqu'à la *complète oblitération* de la bouche de la gastro-entérostomie. Alors, il présente, en sus, des signes déjà décrits plus haut dans la première forme, les symptômes fonctionnels et les signes physiques suivants : tout d'abord, la *douleur* intermittente se produit quelques heures après les repas; plus tard, elle devient continue avec paroxysmes, ressentis au même moment. Elle est due à la contraction des tuniques stomacales au-devant de l'obstacle, aussi n'est-il pas rare de la voir s'atténuer, à mesure que

la maladie est plus ancienne, et triompher de la tonicité gastrique, tandis qu'elle atteint son maximum chez les jeunes sujets et dans les sténoses à marche rapide.

Les vomissements font habituellement suite aux accès douloureux, qu'ils terminent et évacuent ce qui n'a pu franchir l'orifice néo-pylorique rétréci.

A mesure que la tonicité gastrique diminue, les vomissements deviennent plus rares, mais abondants. De quotidiens qu'ils étaient, ils ne se reproduisent que tous les deux ou trois jours, et l'on y retrouve des débris alimentaires ingérés plusieurs jours auparavant. La soif, la faim et la perte des forces sont alors le résultat de l' inanition.

Deux signes physiques principaux : l'exagération du péristaltisme stomacal et la dilatation gastrique, révèlent l'existence de la néo-sténose.

On voit se produire sous la peau de la région épigastrique des ondes péristaltiques se propageant à gauche et à droite, convergeant vers le point de la gastro-entérostomie : ce sont des contractions de la tunique musculaire qui essaye de forcer l'obstacle créé par le nouvel ulcère. Ces contractions sont, dans la plupart de ces cas, moins marquées que celles produites par une sténose pylorique. Il faut voir là le résultat de ce que le muscle stomacal, déjà fatigué quelque temps auparavant par le fait d'une première sténose pylorique ayant nécessité l'opération, n'a plus la même force de réaction. Cette tonicité exagérée de l'estomac produit une voussure de la paroi abdominale très nette, comme dans le cas cité par M. René Leriche et reproduit dans notre observation I. La dilatation stomacale est d'autant plus

prononcée que l'affection est plus ancienne et a fini par triompher de la contractilité gastrique. Elle se révèle par la sonorité, par le bruit de clapotage plus ou moins étendus.

La palpation du point abdominal ne donne de renseignements que si la tumeur est perceptible. C'est ce qu'il est facile de voir dans certains des cas présentés dans nos observations (obs. I et obs. IX). On a alors une tumeur plus ou moins bien localisée.

A la palpation, cette tumeur semble faire corps généralement avec la paroi, le péritoine et les viscères sous-jacents. A la pression, elle est plus ou moins douloureuse et la percussion laisse voir autour d'elle une zone tympanique plus ou moins étendue.

Le siège de la tumeur est situé à gauche et, dans la plupart des cas, au-dessous de l'ombilic.

A noter toutefois que, dans certains cas, la tumeur est plus ou moins mobile, libre d'adhérences, ce qui, nous le croyons, a une certaine importance au point de vue chirurgical.

3° Les *formes perforantes* de l'ulcère peptique du jéjunum présentent deux types bien distincts : le premier consiste dans *l'ouverture de la perforation dans un organe voisin*, généralement le côlon, et il se forme alors soit une fistule gastro-colique, soit une fistule jéjuno-colique grâce au processus plastique péritonéal qui fait des adhérences autour de l'ulcère.

Gosset en donne trois observations dues à Czerny, à Kaufmann et à lui-même

Ce type de perforation dans un viscère creux présente successivement les mêmes symptômes initiaux que

ceux déjà décrits dans la forme obturante. Les vomissements, comme le dit Vachez, ont une valeur exceptionnelle dans ce cas. Leur caractère d'intensité et de fréquence marque généralement l'apparition de la perforation ou lui succède. Cette perforation peut être spontanée, comme dans les cas de Czerny et de Kaufmann, ou succéder à un effort (chute sur le côté), comme dans celui de Gosset. Les vomissements dominent alors la scène; ils surviennent à n'importe quelle heure de la journée, et peuvent se reproduire trois ou quatre fois par jour; ils sont bilieux, mais, phénomène particulier, ils ont une odeur repoussante et deviennent fécaloïdes. Enfin, une diarrhée intense apparaît.

Dans notre second type, de beaucoup le plus fréquent (4 cas sur 31 de Gosset), la perforation se fait en péritoine libre; le début est brusque et hors la constatation de quelques symptômes douloureux ou hyperpeptiques plus ou moins intenses, rien ne fait soupçonner le drame qui va se jouer. On voit soudainement apparaître tous les signes de la perforation intestinale intra-péritonéale. Une douleur brusque apparaît, violente; cette douleur a son siège au point de la paroi abdominale répondant à la gastro-entéro-anastomose. Le pouls s'accélère et s'affaiblit; il atteint 120 et 130; la respiration, qui augmente de fréquence, devient superficielle, accompagnée d'une impression engoissée d'étouffement. Les vomissements ne sont pas toujours caractéristiques et peuvent faire défaut. La température peut être élevée, mais elle est parfois normale. Le ballonnement du ventre a pu quelquefois ne pas être noté. Le facies subit précocement une altération caractéristique : yeux excavés et cernés, traits tirés, joues

creuses, nez pincé. Bientôt, le cœur paraît le plus frappé par les toxines microbiennes, le poulx devient filiforme, dépassant 160, in comptable, les respirations se font de plus en plus précipitées; les extrémités se refroidissent; la mort arrive en vingt-quatre ou quarante-huit heures dans le collapsus cardiaque. Cette marche de la perforation péritonéale suraiguë, due à un ulcère peptique du jéjunum, paraît être à peu près la seule jusque-là connue. Toutefois, Vachez rapporte un cas de Korte où il se forma un abcès sous-phrénique qui s'ouvrit peu de jours après dans la grande cavité, détermina la mort par péritonite généralisée et il estime que des adhérences venant à se former, on pourrait observer des cas où le pronostic deviendrait moins sombre.

Le pronostic de l'ulcère peptique du jéjunum varie avec les formes observées. Dans notre forme bénigne et dans notre forme obturante, il suit les mêmes péripéties que celles d'un ulcère pylorique ou duodénal de même forme. Dans les types perforants, quand il s'agit de la perforation dans un viscère creux, il est moins sombre que lorsqu'il s'agit de la perforation intra-péritonéale.

Le diagnostic, à part le type obturant avec infiltration de la paroi, est excessivement difficile.

L'existence de la forme bénigne que nous signalons pour la première fois nous paraîtrait douteuse si elle ne nous semblait pas péremptoirement démontrée par l'observation de M. Leriche. Il a vu, en effet, dans son malade tous les symptômes de l'ulcère peptique réapparaître peu après la gastro-entérostomie, cependant qu'aucun signe physique ne permettait de constater l'existence d'une tumeur. La forme avec perforation péritonéale est,

elle aussi, de diagnostic extrêmement difficile et si, comme le dit Vachez, Gœpel n'avait pas été averti par la perte d'un malade par péritonite suraiguë, provenant d'un ulcère peptique, dont il ne trouva la nature du processus qu'à l'autopsie, deux autres malades auraient également succombé si son attention n'avait point été tenue en éveil par le premier cas observé.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de l'ulcère peptique doit être en tous points semblable à celui de l'ulcère du pylore, à part quelques modalités spéciales convenant particulièrement à ce cas spécial. Tout d'abord, nous nous sommes demandé si, dans la première gastro-entérostomie faite dans le but de créer une nouvelle voie au flux alimentaire, il n'y avait pas lieu de prendre certaines précautions capables de diminuer les chances d'apparition de cette redoutable complication, ou tout au moins d'en diminuer les effets désastreux. Nous avons remarqué la fréquence relative de notre forme obturante et nous en déduisons la nécessité d'une gastro-entérostomie faite au large. De plus, nous estimons que cette même opération faite à la suture et non au bouton, a des suites bien meilleures. Gosset prétend que la gastro-entérostomie doit être faite à gauche et le plus loin possible du pylore. Il nous semble que cette conception est très judicieuse car, quel que soit le résultat des expériences de Borzéký, de Budapest, concluant que l'hyperchlorhydrie n'est pas la seule cause de l'ulcère, ce facteur joue au moins un certain rôle dans la genèse de cette affection. D'autre part, bien que nous ayons admis que le lieu d'abouchement de la gastro-enté-

rostomie se comportait absolument comme un néo-pylore, il nous semble que c'est encore au niveau de l'orifice naturelle que la sécrétion gastrique est le plus intense et que plus le néo-pylore sera éloigné de l'ancien, plus on verra diminuer l'action de l'hyperacidité sur la muqueuse gastro-intestinale.

Pourtant, dans l'observation inédite que nous rapportons, la gastro-entérostomie avait été faite très à gauche. Cela n'empêcha pas la rapide production d'un ulcère au lieu de l'anastomose.

Dans l'examen de nos formes cliniques de l'ulcère peptique, nous avons décrit un type bénin, un type obturant, enfin un type perforant avec deux modalités : 1° perforation dans un viscère creux ; 2° perforation dans le péritoine.

Chacune de ces formes nécessite un traitement spécial. Mais, à côté du traitement spécial à chacune d'elles, il en est un qui est nécessaire à toutes : c'est le traitement médical, à la fois curatif et surtout préventif.

Le traitement chirurgical nécessaire en certains cas particuliers, n'agit que pour arrêter un effet plus ou moins redoutable de l'affection, non pour en faire disparaître la cause.

Comme Dénéchau, nous admettons que le traitement médical doit être constitué tout d'abord par le repos et que ce régime doit exister immédiatement après la gastro-entérostomie.

Le repos doit tout d'abord être général puisque, comme on le sait, la fatigue est un des facteurs étiologiques des troubles observés chez les malades atteints d'ulcère. Donc repos physique, repos normal. En cas de crise intense

s'accompagnant d'atteinte de l'état général, on devra faire garder le lit, et défendre pendant quelques jours au moins la fatigue.

La mise au repos de l'estomac est l'indication la plus habituelle; elle consistera, dans tous les cas, à ne pas tolérer l'usage d'aliments solides, à ne donner que du lait. On reprendra assez rapidement une alimentation plus riche, mais on devra avoir soin de se rappeler que l'on ne doit que progressivement passer du régime lacté à l'alimentation normale. Trop souvent on a vu réapparaître des troubles dyspeptiques chez d'anciens gastro-entérostomisés, parce que oubliant les règles d'une thérapeutique raisonnée, on était allé directement du régime lacté pur à l'usage des viandes noires. Combien de fois, dans nos observations, n'a-t-on pas vu l'ulcère peptique du jéjunum s'aggraver brusquement, parce que le patient était revenu à l'alimentation ordinaire ?

Lorsqu'on verra la nécessité de donner au malade une nourriture plus substantielle que le lait seul, on prescrira en premier lieu l'usage des féculents sous forme de potages, bouillies, purées; on limitera les œufs quelquefois et l'on permettra les légumes verts en purée, les fruits en compote. Enfin, on s'abstiendra du vin, spécialement du vin blanc et du vin de Bourgogne, de liqueurs, d'apéritifs, d'alcool.

Dans notre forme bénigne, à l'existence de laquelle nous croyons et ramenons un certain nombre de troubles dyspeptiques secondaires à la gastro-entérostomie, le traitement devra, comme du reste dans les suites des autres formes, s'attaquer, après le régime, aux effets.

Tout d'abord, l'hyperchlorhydrie devra être combat-

tue par les alcalins et principalement le bicarbonate de soude, sous toutes ses formes pharmaceutiques et en particulier les eaux naturelles telles que celles de Vichy ou de Vals.

L'application, ou mieux l'administration du bicarbonate de soude devra se faire d'une façon raisonnée. Il faut procéder là autrement que dans la maladie de Reichmann, et donner le sel alcalin par doses de 2 à 4 grammes, soit au moment des crises douloureuses, soit systématiquement, deux ou quatre heures après les repas. On pourra renouveler la dose au bout d'une heure. Ce mode de procéder a l'avantage de prévenir les douleurs si vives des malades; il a aussi celui de neutraliser l'acidité de la masse chymeuse qui, sans cette intervention, passerait dans l'intestin à l'état d'hyperacidité et amènerait, je crois, ces ulcères de la branche descendante constatés dans certaines observations d'ulcères peptiques du jéjunum.

Comme sédatif de la douleur, notons également l'emploi du sous-nitrate de bismuth à la dose de 18 à 20 grammes par jour. Préconisé chez les hyperchlorhydriques par Hayem, ce sel a été employé à très fortes doses par Destot, qui avait remarqué que la bouillie de Rieder pour radioscopie, soulageait beaucoup les malades souffrant de l'estomac.

C'est à la suite de la communication de M. Destot à la Société nationale de médecine de Lyon que ce traitement fut employé par M. René Leriche chez le malade opéré dans le service de M. Poncet, et dont il est question dans notre observation I. Cette médication calma très heureusement le malade qui, de lui-même, se déclara très amélioré.

Arnozan déclare aussi que le bismuth donné à l'intérieur, sous n'importe quelle forme que ce soit, s'étale à la surface de la muqueuse gastro-intestinale et la tapisse d'un enduit léger, pansement utile pour les ulcérations stomacales et intestinales.

Dans certains cas, soit de la forme bénigne, soit des autres types cliniques de l'ulcère peptique du jéjunum, on a vu se produire des hématomèses (obs. II, v. g.). A ce propos, nous dirons que les véritables sédatifs de ces symptômes sont : la glace, les boissons frappées et comme agent thérapeutique, le chlorure de calcium. Ce produit donné à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes, réussit très bien. Nous l'avons vu employer dans la pratique courante par certains praticiens et il nous semble avoir toujours donné de bons résultats.

Lorsque l'ulcère peptique du jéjunum, tout en revêtant comme marche clinique notre forme bénigne dans ses débuts, arrive à former une obturation du néo-pylore, ce qui constitue notre forme obturante, le traitement médical ne suffit pas. Il faut, par un traitement chirurgical remédier à la sténose. Généralement, dans la forme obturante, l'infiltration s'est étendue à la paroi abdominale; il faut alors recourir à la laparotomie. On procédera, après ouverture de la paroi, à la séparation des adhérences et l'on suturera l'ulcère. On procédera alors, d'après Gosset, à une nouvelle gastro-entérostomie, toujours le plus éloignée possible du pylore, afin d'empêcher, comme nous l'avons dit plus haut, l'influence désastreuse d'un chymisme gastrique hyperacide.

M. René Leriche, dans le cas qu'il a bien voulu nous communiquer, et qui a servi de base à cette thèse, pré-

rière la jéjunostomie à une nouvelle gastro-entérostomie, et ceci pour deux raisons : tout d'abord, parce que l'infiltration des tuniques gastriques sur une vaste étendue, soit au niveau du pylore, soit au niveau de l'anastomose, ne laissait qu'une faible bande de tissu gastrique sain chez notre malade, et d'autre part, parce qu'il semblait préférable de mettre cet estomac au repos absolu, que seule réalise la jéjunostomie.

Nous croyons, en effet, que ce mode opératoire est de beaucoup supérieur au précédent, car, si nous avons estimé avec Dénéchau que si, pour éviter les syndromes secondaires à la gastro-entérostomie, il faut, avant tout, mettre l'estomac au repos, cette dernière opération, qui permet d'alimenter sans avoir recours au chymisme stomacal, nous paraît être idéale dans le cas présent, puisqu'elle a pour but de diminuer les effets désastreux de l'ulcère peptique tout en s'attaquant à sa cause la plus généralement admise.

Pourtant, la jéjunostomie a un inconvénient : elle expose à une intervention ultérieure. En effet, elle ne doit être que temporaire et rien ne garantit que la cicatrisation de l'ulcère jéjunal ne fermera pas la seule porte de sortie qu'ait l'estomac déjà sténosé du pylore.

Ce point ne peut être complètement élucidé à l'heure qu'il est par notre observation. Il semble *a priori* à M. Leriche qu'une nouvelle gastro sera nécessaire pour guérir complètement son malade.

Lorsque l'ulcère a produit une perforation, la modalité du traitement varie aussi avec les deux types perforatifs que nous avons distingués. Dans le premier cas, lorsqu'il s'agit d'une perforation dans un viscère creux, voi-

sin, le côlon transverse, comme c'est le cas du malade de la clinique de Terrier, cité par Gosset, il faut, comme l'a fait ce chirurgien, procéder comme dans la forme précédente, à une laparotomie, séparer ensuite les adhérences qui unissent le jéjunum au côlon, puis, après fermeture des deux perforations (jéjunale et colique), établir un plan séro-séreux et, comme l'a fait encore si bien Gosset, pour plus de sûreté, procéder à une iléo-sigmoïdostomie, car, la fermeture du côlon transverse, généralement incomplète, pourrait exposer à des accidents péritonéaux fort graves si on laissait encore à cet organe sa fonction habituelle.

Lorsqu'on a affaire au type perforatif intra-péritonéal, où la sagacité et l'expérience du chirurgien sont les seules chances de vie du malade, il faudra, pour intervenir, le faire d'une façon très précoce. Chaque heure perdue diminuera les chances du patient et, dit Vachez, en présence de deux alternatives ou tenter de suite l'intervention, si graves que soient les conditions de la laparotomie, il n'y aura pas à hésiter et l'on aura toujours en vue l'exemple de Gœpel qui, par deux fois sur trois malades signalés par lui, sauva la vie par une intervention précoce.

La perforation intestinale reconnue, le péritoine débarrassé du contenu intestinal, on fera ou bien la suture de l'ulcère, ou mieux, la résection de celui-ci, puis on procédera soit à une nouvelle gastro-entérostomie, soit à une jéjunostomie.

Répetons encore une fois, en terminant, que ce procédé paraît être théoriquement le procédé de choix et, bien qu'il n'ait point été préconisé par les auteurs précédents,

il nous semble le plus rationnel, puisqu'il nous paraît à la fois comme un traitement curatif et logique.

Disons enfin, en terminant, que l'on a préconisé, à la place d'une gastro-entérostomie, une gastro-duodénostomie qui paraîtrait plus physiologique, puisque, en abouchant non plus le jéjunum, mais le duodénum immédiatement au-dessous de l'abouchement des canaux biliaires, la sécrétion stomacale serait immédiatement neutralisée et que l'on diminuerait ainsi les chances de récurrence de l'ulcère peptique.

CONCLUSIONS

1° L'ulcère peptique du jéjunum est une complication rare de la gastro-entérostomie pour ulcère en activité. Il doit cependant être recherché systématiquement chez tous les ulcéreux qui présentent le syndrome dyspeptique secondaire post-opératoire. Il est en effet probable qu'à côté des formes obturantes et perforantes il en existe un type bénin, méconnu, qui pourra s'aggraver, si un traitement approprié n'intervient de bonne heure.

2° Moins fréquent chez la femme que chez l'homme (5 observations chez la femme contre 39 chez l'homme), il s'observe surtout de 30 à 40 ans.

3° Son siège le plus habituel est, d'après nos chiffres, l'abouchement gastro-jéjunal (7 fois sur 14 cas).

4° On peut s'expliquer aisément sa production, si l'on se rappelle qu'après la gastro-entérostomie il se fait, au niveau de la zone d'anastomose une flexion morphologique (Cade), rapprochant la constitution histologique de la paroi de celle de la zone pylorique.

Le néo-pylore prenant la structure de l'ancien est exposé, sous les mêmes causes, aux mêmes maladies. L'anse anastomosée, fonctionnant comme anse duodénale, peut être frappée d'ulcère comme le duodénum lui-même.

5° Nous reconnaissons à l'ulcère peptique du jéjunum trois formes : une *bénigne*, latente, élément du syndrome dyspeptique secondaire des ulcéreux gastro-entérotomisés de Parmentier et Dénéchau; une *obturante*, qui donne le syndrome pylorique au complet; une *perforante*, qui évolue suivant deux types : perforation dans un péritoine sain et perforation dans un péritoine cloisonné ou dans un viscère creux. Dans ce dernier cas, l'infiltration des parois, la péritonite plastique périulcéreuse, font d'énormes tumeurs caractéristiques.

6° Le traitement préventif consiste à soumettre les ulcéreux opérés à une diététique sévère pendant plusieurs mois. Le traitement curatif pourra être médical pendant quelque temps, sauf urgence bien entendu. Il sera identique à celui de l'ulcère gastrique banal.

Dans l'ulcère compliqué, hors le cas de perforation, la jéjunostomie temporaire nous paraît devoir être le traitement de choix pour mettre l'estomac au repos et faire rétrocéder l'ulcère en activité. S'il y a lieu, on ferait secondairement une gastro-entérostomie complémentaire.

Vu :

Vu :

Le Président de la Thèse,

Le Doyen,

NICOLAS.

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 17 mars 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- CADE. — Thèse de Lyon (1899-1900). Etude de la constitution histologique normale et de quelques variations fonctionnelles et expérimentales des éléments sécréteurs des glandes gastriques du fond, chez les animaux mammifères.
- DELORE et LERICHE. — A propos de la jéjunostomie. *Lyon Médical*, 8 mars 1908.
- DÉNÉCHAU. — Les suites réelles de la gastro-entérostomie. Thèse de Paris, 1907-1908.
- *Archives générales de Chirurgie*, oct. 1907, pp. 316-322, et avril 1908, pp. 325-340.
- BORZEKI. — *Beitrag zur klinischen Chirurgie*, 1908, t. LVIII, fasc.1, mars, pp. 56 et 182. (Analyse in *Journal de Chirurgie*, p. 156, mai 1908.)
- DOBROTWOSKY. — *Chirurgia*, 1908, t. XXIV, n° 240, août.
- GOSSET. — *Revue de Chirurgie*, 1906.
- JANKOWSKI. — *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1908, n° 52, 24 décembre.
- JANSEN. — *Hopitalstidende*, 1908, n°s 47 et 48, 15 et 25 novembre. Ulcus pepticum Jejuni.
- RENAUT. — *Traité d'histologie pratique*.
- ROBERTS. — *Medical Record*, n° 1980, 17 octobre 1908.
- The diagnostic of peptic ulcer.
- SCHOSTACK. — *Beitrag zur klinischen Chirurgie*, 1907, t. VI, pp. 360 à 409.
- SCHLOFFER. — *Wien klin. Woch.*, 1903, n° 16, p. 192.
- TIEGEL. — *Mitteilungen aus den Grenzgebieten des Med und Chir.*, t. XIII, p. 897.
- VACHEZ. — L'ulcère peptique du jéjunum. Thèse de Paris, 1907.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	3
INTRODUCTION	5
CHAPITRE I ^{er} . — Historique	7
— II. — Observations	9
— III. — Étiologie.....	26
— IV. — Pathogénie.....	31
— V. — Symptomatologie, diagnostic, pronostic.....	36
— VI. — Traitement.....	44
CONCLUSIONS	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
